

Bula-Bula LieLie  
Ralph Stone  
Sylvia Vriesendorp

Rapport sur la Quatrième Réunion du Comité Consultatif Régional Francophone  
(FRAC IV)

Family Planning Management Development (FPMD)  
Project Number: 936-3055  
Agreement Number: CCP-A-00-95-00000-02

Office of Population, USAID

Management Sciences for Health  
165 Allandale Road  
Boston, MA 02130

August 1991

RAPPORT SUR LA QUATRIÈME RÉUNION DU  
COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL  
FRANCOPHONE (FRAC IV)  
LE 12 À 22 AOÛT 1991

Professor Bula-Bula LieLie  
Ralph Stone  
Sylvia Vriesendorp

**FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT**

Project No.: 936-3055  
Contract No.: DPE-3055-C-00-0051-00

Task Order No.: RC002AF

## TABLES DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY .....	1
INTRODUCTION ET HISTORIQUE .....	2
ORGANISATION DE LA REUNION .....	4
RAPPORTS DE LA JOURNEE .....	6
VISITES SUR LE TERRAIN .....	13
EVALUATION .....	16
FUTUR DU FRAC ET CONCLUSION .....	17
ANNEXE 1: MEMBRES DU COMITE .....	19
ANNEXE 2: FACTEURS INFLUANT LA QUALITE DES SERVICES .....	24
ANNEXE 3: VARIABLES PRINCIPALES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SERVICES .....	27
ANNEXE 4: SCHEMA D'ANALYSE DES INDICATEURS POUR MESURER LA QUALITE DES SERVICES PF .....	32
ANNEXE 5: PLANS D'ACTION .....	34
ANNEXE 6: EVALUATION .....	42
ANNEXE 7: PROGRAMME DE TRAVAIL .....	43
ANNEXE 8: DOCUMENTS DISTRIBUES .....	45

## EXECUTIVE SUMMARY

The Francophone Regional Advisory Committee, the FRAC, held its fourth annual meeting in Boston from 12 - 23 August 1991. The theme of the meeting was "Quality of Family Planning Services," and the purpose was to explore this elusive concept in an effort to make it more concrete and applicable to program improvement activities. The desired outcome of the meeting was to have each participant return to their respective countries with a concrete and feasible plan or project proposal to improve the way in which their clients are served.

Some 30 participants represented fourteen countries, the SEATS project and the Lomé office of the Centre for African Family Studies. During the first few days several USAID-collaborating agencies were represented as well. The program consisted of 5 days of reflection and discussion in Boston, during which activities were structured in such a way as to maximize participant engagement and participation, followed by a two-day field visit to a Planned Parenthood Federation affiliate in either New York City, Washington D .C. or Burlington, Vermont.

While the program clearly inspired the participants to see themselves as catalysts in the move to improve the quality of services in their programs, the energy and enthusiasm generated during the debates also inspired the organizers. It illustrated the value of bringing together those who are directly implicated in quality of care in order for them to draw and build upon each others' experience. The synergy thus created produced several exciting plans and ideas, which we view as logical outcomes of a change in attitude, a new perspective, new perceptions and insights.

Quality of care cannot be addressed in a piecemeal fashion, nor can we look at it only from a technical or only from a clients' perspective. If we do this, we will undoubtedly leave out important pieces (like the providers' perspective for example). During the conference we tried to weave all these pieces together. The field visits led the participants to conclude that quality of care is both a philosophy and state of mind, as well as a range of small actions and concrete activities aimed at continuous monitoring for the sake of improvement, a better service to the clients, be they external (contraceptive users) or internal (employees, managers, providers). The conference has allowed the participants to explore the philosophy from different perspectives while at the same time giving them concrete examples, tools and techniques to put the philosophy to work. The action plans, presented in **Annex 5** represent the outcome we desired. The next desired outcome is seeing the action plans come to life.

## **INTRODUCTION**

Une quarantaine de personnes, représentant douze pays francophones d'Afrique du Nord, de l'Ouest, Centrale et le Caraïbe, s'est réunie durant deux semaines aux Etats-Unis pour examiner et débattre les multiples aspects de la qualité des services et des programmes de planification familiale. C'était la quatrième réunion du Comité Consultatif Régional Francophone, plutôt connu par son sigle anglais "le FRAC" (Francophone Regional Advisory Committee). Tous ces spécialistes en gestion des programmes et responsables des structures qui s'occupent du planning familial, avaient un intérêt commun qui était de concrétiser et opérationnaliser le concept de "qualité des services", un concept tant discuté et à la fois malcompris.

En déployant une série d'activités structurées soigneusement, ceux-ci ont engagé un grand débat sur les facteurs qui influencent l'état des services. Ce forum de discussion leur a permis de formuler le contexte de la situation souhaitée. Les visites effectuées sur le terrain ont rendu la perception théorique des variables plus concrète. Les collègues ont pu identifier pour leurs propres programmes les aspects de la "qualité" qu'ils veulent examiner de plus proche et améliorer. A la fin, en équipe ou individuellement les collègues ont élaboré des plans d'action ont été élaborés pour consolider la qualité dans un proche avenir, des programmes représentés.

## **HISTORIQUE**

Au cours de discussions individuelles avec des managers de planning familial de haut niveau venant de plusieurs pays francophones africains, des pays arabes ou de Haiti, il est devenu clair que la gestion des programmes de planning familial était en effet un champ non-défini. Plusieurs directeurs de programmes ont exprimé un désir de pouvoir se réunir avec leurs collègues d'autres pays, afin d'échanger leurs idées et opinions, de recevoir du soutien, et d'explorer ensemble les problèmes communs et les stratégies pour améliorer leurs programmes. En début 1987, la direction de FPMT a décidé de financer la constitution du Comité Consultatif Régional Francophone (FRAC en anglais) et a organisé la première réunion à Boston en avril 1987.

Les directeurs et managers de haut niveau de 7 programmes de planning familial de la région francophone de l'Afrique sous-saharienne et l'Afrique du nord ainsi que de Haiti ont été invités à participer et à créer le FRAC. En plus, deux représentants de l'Institut Pan-Africain pour le Développement ont assisté à cette première réunion. Ainsi fut créé le Comité Consultatif Régional Francophone, (ou FRAC tout court). Au cours de cette réunion, le personnel FPMT et les membres du FRAC ont exploré les différents problèmes et défis du management. Ils y ont discuté du rôle que FPMT et le FRAC pourraient jouer afin de développer la réaction propre aux besoins perçus de la région en formation et en assistance en matière de gestion. Le défi principal qui a surgi, presque unanimement, de la première réunion était la question de l'intégration du planning familial dans les services

plus généraux de santé maternelle et infantile, ou même de soins de santé primaires, et les implications de gestion de cette stratégie.

Un an plus tard, le FRAC s'est rassemblé à Marrakesh au Maroc pour analyser cette question plus en détail. Une semaine a été consacrée à examiner la définition de l'intégration, et la façon dont elle est ou non mise en opération à travers différents sous-systèmes gestionnaires (tels que la supervision, la logistique, les SIGs) dans les pays représentés par les membres du FRAC. La réunion s'est terminée par une visite d'étude à plusieurs lieux du programme marocain VDMS (Visites à domicile de motivation systématique). Au cours de ces visites, les membres du FRAC et leurs collègues des services de soins de santé primaires ou des programmes SMI ont pu voir des services intégrés en action et poser des questions aux agents. Une liste de recommandations (pour plus d'intégration) a été adoptée à la fin de la réunion. Le Sénégal a offert de servir d'hôte pour la prochaine réunion du FRAC en 1989, et les membres ont décidé du thème: la participation communautaire dans la santé et dans les services de planning familial.

La troisième réunion eut lieu un an plus tard en mars 1989 à Dakar au Sénégal. Quelques 26 participants ont représenté 9 pays et 3 institutions de formation (PAID, CERPOD, et CAFS/CEFA). En plus des objectifs généraux du FRAC qui sont de renforcer le réseau et de faciliter l'échange d'expériences, la réunion avait comme objectifs spécifiques d'explorer et d'identifier les problèmes de gestion et les opportunités liées à la participation communautaire (financière aussi bien que non-financière), et d'analyser les expériences bien spécifiques du Sénégal, ses succès et les obstacles rencontrés dans le domaine de la participation communautaire en santé. Au programme s'est ajoutée une série de présentations individuelles, de visites sur le terrain, de discussions par groupes d'orateurs, travaux en petits groupes et discussions en plénière. Quelques recommandations sont sorties de la fin de cette réunion afin d'encourager la participation communautaire dans la planification et la mise en oeuvre des services de santé.

A la fin du FRAC III, une petite réunion administrative eut lieu pour discuter du lieu et du thème du FRAC IV. Le Rwanda a offert d'être le prochain hôte en mai 1990, sur le thème "La Couverture en Planification Familiale des Populations à Risque". A la suite d'un nombre d'événements imprévus et hors de notre contrôle, ayant affecté le projet FPMT et le Rwanda, cette réunion n'a pas pu prendre place comme prévu. Cependant, avec le nouveau projet FPMD, le FRAC prend à nouveau de la vie. A cause des circonstances politiques incertaines survenues au Rwanda, la réunion de 1991 se tiendra à Boston. La réunion qui a été prévue au Rwanda se déroulera prochainement sur le thème suggéré, quand la situation le permettra.

La première rencontre sous le nouveau projet FPMD (Family Planning Management Development), le IV-ième FRAC, s'est ainsi déroulée à Boston.

#### **ORGANISATION DE LA REUNION**

La quatrième réunion du FRAC a été planifiée et dessinée avec l'aide de plusieurs personnes

dans un processus lent mais créatif qui conduisait toujours à une image claire du résultat de la réunion: une meilleure compréhension de ce qu'est la qualité, et pour chacun des participants des idées, ou mieux des plans réalisables pour améliorer la qualité dans leur programme.

### But

La quatrième réunion du FRAC s'est proposée de poursuivre le but suivant: Améliorer le management de la qualité des prestations de planning familial dans les pays francophones.

### Objectifs spécifiques

Pour atteindre ce but au concept fuyant mais réel, la réunion s'est fixé les objectifs ci-dessous. Amener les collègues-participants à:

- Identifier dans l'état actuel les facteurs qui influencent la qualité des prestations de planning familial dans les pays francophones.
- Définir le concept opératoire de la qualité des prestations de planning familial pour l'avenir.
- Tirer des leçons du processus d'introduction du concept de qualité dans le planning familial aux Etats-Unis.
- Identifier les stratégies possibles à utiliser pour l'amélioration du management du système des prestations de planning familial dans les pays francophones.
- Identifier les variables permettant de mesurer la qualité des services de planning familial à l'an 2000.
- Elaborer le processus pour déterminer les standards de mesure pour chaque variable.
- Exploiter les différentes possibilités de collaboration avec les collègues et les partenaires présents à ces assises.
- Redéfinir les stratégies d'interventions du Comité FRAC pour l'avenir.

### Thèmes de réflexion

Pour couvrir ces objectifs, la réunion a soumis à la réflexion des participants les thèmes ci-après:

La qualité en planning familial (état de la question).

Facteurs d'influence.

Vision de la qualité en planning familial pour l'an 2000.

Stratégies d'intervention pour améliorer la qualité des prestations de planning familial.

Organisation des services de planning familial aux Etats-Unis.

Rôle du Comité FRAC.

### Approche méthodologique

Les présentes assises ont constitué une conférence-atelier. Par définition, elle regroupe des experts d'un domaine donné, afin de produire des outils et concepts opérationnels immédiatement exploitables.

A ce titre, elle se refuse des exposés magistraux et recourt à quelques méthodes et techniques innovatrices qui peuvent être utilisées pour faciliter l'échange d'idées entre les experts et leur permettre de découvrir de nouvelles idées et approches sur l'évolution de leur domaine d'expertise.

Ainsi, l'approche méthodologique adoptée était l'expérientielle, consolidée par deux méthodes de base: la découverte et l'active. Celles-ci ont été soutenues par les discussions dirigées, les exercices, l'audio-visuel, la simulation et la visite sur le terrain.

#### Structure générale de la conférence-atelier

La structure générale de la réunion se présentait de la manière suivante:

- 1) Orientation sur la qualité des prestations de planning familial.
- 2) Discussions sur la qualité du management des prestations de planning familial.
- 3) Visite sur le terrain.
- 4) Echange d'informations sur le programme de planning familial.
- 5) Définition du rôle du Comité FRAC.

#### Nature et qualité des participants

Ces assises ont mis en présence six groupes d'intervenants en planning familial. Une liste complète figure en **l'Annexe 1**. Il s'agit de:

- Bailleurs de fonds
- Agences d'exécution des programmes
- Gouvernements
- Associations de bien-être familial
- Formateurs de programmes de planning familial
- Prestataires en planning familial.
- Institution de formation

#### **DEROULEMENT (séances à Boston)**

La réunion prit place durant une semaine à Boston, suivie par une visite sur le terrain de deux jours à une des trois Associations de Planification Familiale (Planned Parenthood) de New York, Washington, D.C. et Vermont). Les derniers deux jours ont été consacrés à l'analyse des expériences et l'élaboration des plans d'action. Voilà les comptes rendus de la réunion jour par jour.

#### **Lundi le 12 août**

Le premier jour fut consacré à la cérémonie officielle d'ouverture, les introductions, la description du but, objectifs, et un bref résumé de l'approche méthodologique, et la définition de la tâche. Les introductions furent effectuées en petits groupes. Chaque groupe se présenta à l'ensemble des participants, en soulignant les caractéristiques communes à ses membres. Cet exercice servit de briser la glace en même temps que de

faciliter des échanges et dialogues informels entre les membres du FRAC. A la fin de la journée, le film "le certificat d'indigence" fut montré pour créer une ambiance orientée vers les bénéficiaires de chaque système de santé. Dans ce film, l'indifférence de tout un système de santé par rapport au bien-être de sa clientèle (indigène) a largement été démontrée. Cette indifférence aboutit dans ce film à l'angoisse et la souffrance d'une mère et, enfin, à la mort de son enfant. Une discussion animée suivit la séance dans laquelle les participants soulignaient la pertinence du film aux réalités africaines, et débattaient les différents aspects du concept de "qualité" comme ils étaient dépeints dans le film et ceci aux différents niveaux de la hiérarchie sanitaire.

### **Mardi le 13 août**

La journée eût comme thème la perception de la qualité: présent et futur. Ainsi les activités de la journée ont débuté par le discours du Dr. Marcel Reyners qui a été centré sur la qualité de nos soins. Il dira que la notion de qualité a toujours été au centre des activités humaines, tantôt visible et prononcée, tantôt sous-entendue et cachée. Pour lui, plusieurs notions concernent la qualité en outre: motivation, prévention, efficacité, satisfaction, etc ...

Les mesures à prendre pour maintenir la qualité exigent un effort personnel et visible du manager de:

- Responsabiliser les chefs pour la qualité
- Eviter (ou résoudre) toute irritation du personnel
- Responsabiliser les collaborateurs
- Ecouter les clients.

Il cita alors les 6 critères élaborés par Judith Bruce de Population Council, qui définissent un programme de PF de qualité. Ainsi un programme de PF de qualité est un programme qui:

- offre aussi complet que possible de choix des différentes possibilités de contraception;
- fournit une information appropriée sur les moyens contraceptifs;
- assure une compétence technique du personnel médical;
- permet des relations interpersonnelles caractérisées par la gentillesse et la compréhension;
- utilise un système de contrôle afin de guider les acceptantes et les soutenir dans leur choix;
- fait partie d'une infrastructure des services en tenant compte des circonstances.

Après le discours du Dr. Reyners les participants se sont retrouvés en petits groupes pour réfléchir sur les facteurs qui influencent la qualité des services de PF. Plusieurs facteurs ont été identifiés et présentés en plénière. Ces différents facteurs ont été présentés sous forme de tableau constituant ainsi la base des données (voir **Figure 1**)

**Figure 1**

Mais comment gérer les différents facteurs pour assurer un meilleur service? Les participants ont réfléchi individuellement sur leurs perceptions de la qualité de PF chez eux à l'an 2000. A partir de l'image mentale, ils ont fabriqué chacun un collage pour représenter leurs visions, les scénarios désirables de leurs programmes de PF dans le futur.

Dans l'après-midi, les discussions en petits groupes ont été menés autour des affichages pour dégager les impressions des collages et les points communs sur la qualité des services à l'an 2000. Les résultats des discussions ont été présentés en plénière. Ils ont voté sur les différents facteurs d'influence à partir duquel chaque groupe devrait réfléchir sur un, suivant ses expériences. Les thèmes retenues étaient les suivants: L'accueil, les formations de base et les recyclages; l'IEC; les normes et les standards; la gestion; et les ressources. Chaque groupe a ainsi discuté des ressources disponibles et présenté des stratégies pour adresser les facteurs identifiés (voir **Annexe 2**). Dans la synthèse de la séance, le facilitateur a précisé que le problème n'est pas de mettre l'accent sur ce qui manque, mais sur ce qu'on possède et voir comment gérer ceci de façon efficace. Le véritable manager c'est lui qui sait opérer avec ce qu'il a.

### **Mercredi le 14 août**

Le thème de la journée portait sur une simulation d'une journée au pays fictif appelé PANDORA. La technique de la simulation comme approche andragogique fut expliquée comme une méthode visant à recréer une situation réelle à établir une dynamiques de groupes en vue de découvrir certains comportements et de pouvoir en tirer des leçons. La simulation est par conséquent plus longue et plus complexe que le jeu de rôle qui suppose qu'on représente la façon de faire ponctuelle d'un individu. La simulation a été faite sur la base d'un exercice qui prévoyait un système fonctionnel composé de six (6) niveaux interdépendants: le bailleur de fonds; la direction de la PF au sein du Ministère de la Santé; la direction provinciale; l'hôpital départemental; une clinique privée au niveau de

l'arrondissement; et un village représentant la communauté. Les participants se sont ensuite repartis dans ces six unités selon leur expertise et/ou leurs intérêts personnels.

Les documents de travail remis à chaque groupe décrivaient les règles de la simulation et offraient les moyens (voitures, chauffeurs, téléphones, etc ...)

Les termes de référence demandaient à chaque groupe de: lire la description de la situation; identifier les rôles des participants; déterminer ce qu'il faut faire en priorité; et agir en conséquence.

Une première synthèse des travaux des groupes survenait à 12H soit deux heures après le démarrage effectif des travaux en ateliers. C'était pour évaluer la performance des différents niveaux du système. Il ressortait de cette évaluation que la quasi-totalité des structures s'étaient auto-évalués comme supérieure à la moyenne. Cet avis n'était cependant pas partagé par les structures externes (en amont comme en aval) qui généralement les trouvaient moins performantes. Plusieurs niveaux de structures n'ont pas pu rentrer en contact avec tous les services extérieurs.

Les groupes après la pause déjeuner ont repris le travail à 13H30. La deuxième synthèse révélait une nette amélioration de la performance. Le réseau d'interrelations s'est tissé à peu de chose près à l'image du diagramme présenté en début d'exercice. Ainsi, la première évaluation a servi de feed-back. Elle a permis une prise de conscience à plusieurs niveaux de certaines lacunes qui ont été remédiées. La discussion des deux autres niveaux d'évaluation a été reporté pour la journée suivante.

### **Jeudi le 15 août**

Afin de relever les leçons apprises de la simulation, les participants ont passé en revue l'évaluation numérique des 6 groupes, et chaque niveau a essayé de donner une explication à la note qu'il a attribuée aux autres. Ainsi s'est dégagée une notion d'auto-satisfaction, presque chez tous les groupes; en effet on a souvent l'impression d'être parfait et ce sont les autres qui n'accomplissent pas correctement leur devoir! Par la suite chaque groupe a dressé deux tableaux: l'un représentant ses sentiments à l'égard de chacun des autres groupes; l'autre les qualificatifs qu'il leurs attribut.

A travers cette discussion, les participants ont pu dégager deux listes: l'une représentant les causes négatives des réactions envers les autres groupes et l'autre les causes positives des réactions. (\*voir **Tableau 1**)

**Tableau 1**  
**Causes: Réactions**

<b>Réactions positives</b>	<b>Réactions négatives</b>
----------------------------	----------------------------





Méthodologie de la résolutions des problèmes  
Schéma d'analyse des indicateurs

***Analyse des champs de force***

Cette analyse comprend trois phases: la phase préparatoire, la phase d'analyse, et l'élaboration d'une stratégie.

La phase préparatoire:

- faire une description détaillé de la situation actuelle
- analyser les conséquences éventuelle du non-changement
- décrire la situation à aboutir
- élaborer le but des actions par rapport au problème identifié
- lister les avantages de la situation souhaitée pour tous impliqués
- identifier les participants à inclure dans la stratégie.

La phase d'analyse:

- lister les forces pour et les forces contre le changement
- établir en ordre de priorité les différentes forces
- identifier les personnes qui peuvent influencer le changement

La stratégie:

- lister les activités à mener

*Appréciation qualitative de la qualité (cube de qualité)*

Il s'agit d'une appréciation qualitative des services par les prestataires et les clients dans le cadre de l'organisation à partir des trois critères qui définissent la qualité

Respect des normes et standards

(les services sont fournis conforme les normes et standards)

Satisfaction des clientes (clients)

(les services sont désirés par la clientèle)

Satisfaction du personnel

(le personnel veut et peut fournir les services)

Chaque installation sanitaire doit faire tous ses efforts pour arriver à deux scénarios désirés: (1) Elle fournit des services qui sont désirés et qui respectent les normes et standards, et (2) Elle ne fournit pas des services qui ne sont pas désirés et qui ne respectent pas les normes et standards. Entre ces deux extrêmes il existe 6 scénarios (voir **Tableau 3**) plus communs mais non-désirables, comme par exemple les services qui ne respectent pas les normes et qui ne sont pas désirés par la clientèle ou bien les services désirés qui ne se conforment pas aux normes, ou les services désirés, qui se conforment aux normes mais qui ne sont pas fournis, etc.

Cette approche permet d'apprécier où il faut intervenir pour améliorer la qualité: au niveau

des clientes: les éduquer concernant les services et les normes; au niveau de ceux qui établissent les normes et standards: les changer ou adapter; ou au niveau du personnel/l'organisation: changer la gestion.

Tableau 3

FOURNIS	REQUIS	DESIRES
Oui	Oui	Oui
Non	Oui	Oui
Non	Non	Oui
Oui	Oui	Non
Oui	Non	Non
Oui	Non	Oui
Non	Oui	Non
Non	Non	Non

#### *Méthodologie de la résolution des problèmes*

Elle rationalise la réflexion. Le problème est défini comme un écart entre une situation vécue et une situation souhaitée. Les étapes à suivre se présentent ainsi:

- Identifier et formuler le problème (problème de comportement, de connaissance, ou d'état). Un problème peut s'exprimer sous la forme d'une plainte, d'une demande, ou d'une crainte. Pour la formulation du problème certaines informations sont nécessaires. On peut les retrouver dans l'histoire, la recherche, les échanges et la documentation.
- Identifier les causes du problème (Les causes peuvent être intérieures ou extérieures.)
- Evaluer et connaître les conséquences du problème en termes de gravité, étendue, urgence et coût.
- Résoudre le problème. La solution du problème doit viser à éliminer les causes et non s'attaquer aux conséquences. Elle doit prendre en considération le rapport coût/efficacité; être adapté aux spécificités culturelles; et être réalisable. La solution peut être apportée soit par des négociations, l'information et par les débats sur les avantages/inconvénients.

#### *Schéma d'analyse des indicateurs*

Les indicateurs permettent à une organisation de mesurer la qualité des services en planning familial. La qualité des services a été divisée en trois dimensions: **(1) système des services, (2) efficacité des prestataires, et (3) qualité perçue par les clientes**. Chacune des dimensions a plusieurs composantes, et chaque composante peut être appréciée à l'aide de certaines variables. L'indicateur sert à mesurer la variable. Par exemple, le coût de l'accès est une des variables; le temps de transport est un des indicateurs. Le schéma est présenté en **Annexe 4**.

#### **Lundi et mardi le 19 et 20 août**

Les participants se sont divisés en trois groupes. Chaque groupe a visité une association de Planned Parenthood: Planned Parenthood of Northern New England (à Burlington,

Vermont), Planned Parenthood of New York City, et Planned Parenthood of Metropolitan Washington D.C. Bien que les programmes étaient différents, le point focal était le même. Chaque groupe a eu l'opportunité de discuter avec les responsables sur l'assurance de la qualité, de rencontrer plusieurs représentants du personnel, d'examiner des fiches et instruments pour assurer la qualité, et de visiter au moins un centre. Le bilan et la mise au commun des visites ont été faits le 21 août.

### **Mercredi le 21 août**

Les travaux de jour s'articulaient essentiellement autour de trois sujets:

- bilan des visites sur le terrain
- mise en commun des observations
- élaboration des plans d'action

#### Visites sur le terrain

Chacun des groupes de voyage a rendu compte de ses impressions de la visite sur le terrain (à Washington, New York et Burlington). De ces comptes-rendus s'est dégagé un consensus général: la bonne organisation des structures visitées et le niveau élevé de la qualité des services fournis sont les résultats entre autres de:

- Une description claire des tâches
- Une interaction facile entre différents niveaux de la hiérarchie
- Une bonne coordination des activités
- Une notion continue de la recherche de la qualité
- Une notion de dépassement continu vers la qualité
- Un souci constant d'application des normes
- Un respect scrupuleux de la confidentialité autour de l'activité principale
- Une crainte permanente des poursuites judiciaires avec pour garde-fou la bonne tenue des documents
- Un souci de recouvrement des coûts pour assurer la continuité des programmes.

#### Mise en commun des observations

Le FRAC a tiré de cet exercice des conclusions pertinentes sur la notion de la qualité des services qui n'est plus un concept flou pour d'aucun participant. Chaque groupe, en effet, a eu à s'interroger et à répondre aux préoccupations suivantes (les réponses combinées des trois groupes sont présentées au-dessous de chaque question):

#### **Pourquoi les organisations visitées sont-elles soucieuses de la qualité des services?**

*Exigence de Planned Parenthood Federation of America (PPFA); méthodes contraceptives devenues trop sophistiquées (avec protocoles et règlements exigeants, contrôle des infections); manque des services pour les femmes; besoin d'harmonisation des services et des informations aux clients; éviter les risques de poursuites judiciaires; satisfaction des clients; souci de rentabilité; crainte de sanctions administratives; et satisfaction du personnel.*

**Comment définissent - elles la qualité**

*La permanence de la prestation des services; la satisfaction du client - le respect du client et de la confidentialité - le respect des normes, des standards et des règlements; le degré d'excellence des services comparé à un standard.*

**Quels sont les facteurs les plus importants qui selon elles, influencent la qualité?**

*Existence des normes et standards dans tous les domaines intéressant la qualité des services (état des bâtiments, formation du personnel, équipement, besoins des clients, motivation du personnel, gestion du client; existence d'un système d'audit); l'expérience, la compétence, l'adhésion du personnel, la conviction, l'organisation, la responsabilisation à tous les niveaux, la confiance mutuelle, l'interaction continue entre le personnel et la direction, l'engagement des volontaires; les normes et standards réalistes, le suivi des clients (dossiers médicaux complets), relations interpersonnelles, une gamme élargie de contraceptifs.*

**Quelles sont les difficultés auxquelles elles sont confrontées?**

*Difficultés financières, élaboration des normes et standards, difficultés d'ordre politique, et dans le suivi des clients (fausses adresses); opposition du gouvernement et des groupes de pression à l'avortement, réticence du personnel à l'introduction de nouvelles méthodes, crainte de poursuites judiciaires; insuffisance de personnel qualifié.*

**Comment les surmontent-elles?**

*Développement d'un programme de mobilisation des ressources (diversification des sources de financement, des donateurs), recouvrement des coûts, promotion de l'organisation (marketing, relations publiques), amélioration des relations avec l'hôpital (prestations, évacuation des déchets médicaux), appel aux médecins volontaires pour certaines prestations; participation des clientes, engagement écrit des clientes, lobby de soutien, formation et information du personnel; contributions des clientes, arrêt de certaines activités peu rentables (ligature des trompes, vasectomie), recherche de fonds (dons et subventions).*

**Quels sont les facteurs qui favorisent la qualité?**

*Diversification des activités (laboratoires), adéquation des structures physiques, respect des normes et standards, bonne gestion; bonne ambiance, le morale, la motivation au sein de l'équipe, évaluation continue du personnel, insistance sur la confidentialité, participation du personnel au processus d'élaboration des outils de travail, responsabilité partagée entre personnel et volontaires, système de suivi individuel du client; la philosophie de l'organisation centrée sur la cliente, esprit d'équipe, environnement de travail adéquat, organisation du travail.*

**Ont-elles une vision lointaine de la qualité?**

*Les normes et standards ne sont jamais figés. Ils sont continuellement révisés selon le contexte et les résultats des audits. Il y a une recherche continue de dépassement; souci d'amélioration continu des services, rester à l'écoute de la clientèle; amélioration de la qualité par la diminution des plaintes, adaptation des normes à la réalité, adaptation permanente des services aux nouvelles techniques de contraception, recherche permanent de l'auto-financement.*

### **Comment mesurent - elles la qualité?**

*Réduction du taux des plaintes, diminution du taux d'abandon, résultats des rapports d'inspection du PFFA et du département de la santé (conservation du certificat); désignation des personnes responsables de la qualité des normes et standards établis, outils d'évaluation des performances, outils d'évaluation de la qualité des services auprès des clientes; définition des normes, élaboration des critères de qualité pour chaque facteur, exécution des audits réguliers, application des résultats des audits (feedback, diffusion, révision des normes).*

### **Quelles impressions et observations pertinentes ont les visiteurs sur les organisations hôtes?**

*La visite sur le terrain a permis de voir concrètement les nombreux aspects de qualité des services; l'existence des outils simples et fiables permettant la mesure de la qualité; la qualité a un coût; les bonnes relations entre les différents agents de Planned Parenthood; le souci de recherche de la qualité et application des normes et standards; interaction entre les différents niveaux de services; qualité par expérience et application des principes de gestion; remise en cause permanente dans le but d'amélioration; participation des volontaires; bonne motivation du personnel; bonne organisation administrative et technique; bonne prise en charge des clientes dès leur arrivée jusqu'à la sortie; bonne coordination entre les services; facilité de s'adapter aux réalités du milieu.*

### Elaboration des plans d'action

Il fut ensuite demandé à chaque participant d'élaborer un plan d'action dont la récapitulation a donné le tableau suivant (les plans d'action détaillés figurent dans l'Annexe 5) :

- Introduire des normes et standards dans deux centres de SMI/PF.
- Rendre disponibles les instruments d'évaluation de performances du personnel.
- Réduire le taux d'abandon chez les clientes sous pilules d'ici un an.
- Instituer un système de mesure de la qualité par la production d'outils d'audit.
- Elaborer et introduire un outil d'évaluation du contrôle des infections dans les centres.
- Rendre disponibles les outils de supervision technique des prestations à différents niveaux.

## **EVALUATION**

A la fin de la réunion, les participants ont évalué le programme en utilisant un questionnaire bref et simple. Le dépouillement (voir annexe 6) a révélé pour l'ensemble un degré de satisfaction très élevée. Les participants ont jugé que les objectifs ont été atteints, et que les informations et les idées reçues pendant la conférence sont tout à fait applicables pour l'amélioration de la qualité de leurs propres programmes. Quant à la méthodologie, les participants ont exprimé leur satisfaction à l'endroit de cette méthodologie qui a différé un peu de la méthodologie des réunions du FRAC antérieures en ce qui concerne la participation active des membres FRAC dans toutes les activités. Les visites sur le terrain étaient particulièrement appréciées pour leur contribution à concrétiser le concept de "qualité des services" qui était un peu flou; en fait, plusieurs collègues ont retenu des idées claires et viables des ces visites, qui sont reflétées dans plusieurs plans d'action.

Les participants ont également exprimé leur satisfaction à l'égard de la qualité de la facilitation. La suggestion a été faite d'avoir les mêmes personnes pour faciliter les prochaines réunions du FRAC. Cette suggestion a été reçue avec acclamation générale. Finalement, l'ambiance de travail, la motivation des participants et l'accueil général ont été soulignés.

Parmi les éléments jugés insatisfaisants figuraient l'insuffisance de temps pour les tables rondes sur les outils, la répartition des participants pour les visites, la manque d'évaluation après chaque séance, et l'absence des présentations formelles des programmes nationaux.

## **FUTUR DU FRAC**

A la fin de la quatrième réunion du FRAC, les membres ont discuté et partagé leurs idées, leurs sentiments et leurs projets par rapport au Comité FRAC. Tous étaient d'accord que le FRAC joue un rôle important en aidant les pays et les programmes de PF francophones de rattraper leurs retard vis-à-vis des autres régions du monde. Bien qu'en ce moment, le seul mécanisme du FRAC soit la réunion annuelle, les membres ont suggéré la publication d'un annuaire reprenant tous les membres et leurs expertise, d'un bulletin, des réunions sous-régionales, etc. Les membres ont été encouragés de se contacter directement eux-mêmes et ainsi renforcer l'aspect réseau du FRAC.

La cinquième réunion FRAC est prévue au Rwanda dans le courant du mois d'août 1992 sur un thème encore à concrétiser. Les membres du FRAC seront mis au courant dans un futur proche.

Enfin il a été demandé aux membres intéressés des soumettre des propositions précisant un thème pour les réunions futures ainsi qu'une ébauche de programme.

## CONCLUSION

La quatrième réunion du FRAC s'est terminée dans un esprit d'optimisme et avec un fort d'engagement d'énergie pour exécuter les plans et les idées retenus des travaux. Comme plusieurs membres du FRAC l'exprimaient, le concept de "qualité de services" est devenu un peu plus claire qu'avant, concret et opérationnalisable. Certes, c'était un grand luxe que de se réunir pour une longue et importante période de temps avec le seul but d'exploiter un thème si complexe, sans des interruptions fréquentes de la vie ordinaire. En effet, la vie surchargée des cadres supérieures ne leur donne pas souvent cette opportunité de se retrouver avec des collègues des autres pays, et de trouver non seulement un intérêt professionnel commun mais aussi la camaraderie et les personnes ressources. Voilà une des fonctions du Comité FRAC. De l'autre côté, la réunion était aussi très instructive pour ceux qui ont organisé cette rencontre. Le mot "qualité" est utilisé par tout, mais les images qui l'accompagnent sont nombreuses et variées pour chacun. Les débats ont aidé à délimiter le concept, examiner les suppositions qui le soulignent, et les visites sur le terrain ont fini par des activités très concrètes servant à aborder la qualité, et à concrétiser ces images floues qui ont marqué le début de cette réunion dont voici les conclusions principales:

**Les interventions s'adressant à l'amélioration de la qualité des services de planning familial peuvent se situer à trois niveaux: celles qui affectent le respect des normes et standards, celles qui affectent la satisfaction des clientes, et celles qui affectent l'organisation du travail et la gestion.** Comme les visites sur le terrain l'ont démontré, la qualité des services exige qu'on fasse attention à ces trois volets.

Dans le volet **respect des normes et standards** la pratique courante est de s'appliquer à la mise en vigueur des normes et standards (par la formation, le recyclage, les inspections et la supervision) quelquefois démodés et non-applicables. Toutefois, de temps en temps il faut réviser ces normes et standards en utilisant les informations et le feedback de ceux qui doivent les appliquer. Les normes et standards ne doivent jamais être figés!

Dans le volet **satisfaction des clientes**, la réunion a renforcé l'approche de Judith Bruce qui souligne une orientation vers la cliente et un désir de la servir le mieux possible, et de l'écouter pour connaître ses besoins, ses soucis, ses craintes et ses désirs.

Dans le volet **organisation et gestion du travail**, il est ressorti des débats que la satisfaction du personnel est un facteur critique dans la prestation de services de qualité. La bonne communication interne, la réduction de la hiérarchie, l'orientation des décideurs et gestionnaires vers le personnel de prestation (donc en bas) et leur responsabilisation ont été identifiées comme éléments importants d'une gestion et une organisation visant la qualité.

Bien que la qualité ait un coût, il y existe toute une gamme des interventions qui pourraient améliorer la qualité des services: celles qui visent à changer l'organisation, les systèmes de gestion, les installations sanitaires, les connaissances de la population, etc., qui sont des interventions compréhensives, lourdes et coûteuses. De l'autre coté il y a des interventions plus modestes, petites et peu coûteuses comme le changement de certaines routines et procédures, l'engagement du personnel des niveaux plus bas dans les décisions, les conversations avec les clientes, etc.

Enfin, voilà quelques attributs indispensables pour les gestionnaires (et leurs organisations) soucieux d'améliorer la qualité: la flexibilité, l'ouverture d'esprit, l'intérêt pour le bien-être de son personnel ainsi que de sa clientèle, et un souci continu et permanent d'améliorer la performance de son organisation, qui exige alors une préoccupation pour l'évaluation et le suivi.

Les plans qu'ont élaborés les participants reflètent ces idées. L'exécution de ces plans nous montrera plus tard s'ils sont réalisables ou qu'ils constituent les approches disponibles permettant aux cadres supérieurs d'améliorer la qualité des programmes de planification familiale dans leurs pays ou région, dans un premier temps, sans une grande mobilisation de fonds de démarrage.

#### Annexe 1

##### Membres du comité

Nom	Adresse
<b>Dr. Mohammed Abou-Ouakil</b>	Ministère de la Santé Publique Division de la Population Service Centrale de PF KM 4,5 Route de Casablanca Rabat, MAROC Tel/fax: 690510
<b>Dr. Sani Alio</b>	D.D.S. B.P. 35 Agadez, NIGER Tel: 440 063/440 081
<b>Dr. Sidimé Bandian</b>	Directeur Exécutif de l'Association Guinéenne Pour le Bien-être Familial (A.G.B.E.F.) B.P. 1471 Conakry, GUINEE Tel: 46 56 27

<b>M Ahmed Beltaief</b>	Office National de la Famille et de la Population 42 Avenue de Madrid Tunis, TUNISIE Tel: 341 088 Fax: 354 507 Telex: 15164 TN
<b>Dr. Rachida Benkhellil</b>	Ministère de la Santé El Madania Algiers, ALGERIE Tel: 66 59 65
<b>Dr. Sosthène Bucyana</b>	Directeur de la Médecine Intégrée Ministère de la Santé B.P. 84 Kigali, RWANDA Tel: (250) 7 4866 Fax: (250) 7 6309
<b>Mme S. Devi Azandossessi Capo-Chichi</b>	Assistante Médicale Responsable du Département de la PF B.P. 12821 Lomé, TOGO Tel: 21 20 14
<b>Dr. Ridha Chadi</b>	Office Nationale de la Famille et de la Population 42 Avenue de Madrid Tunis, TUNISIE Tel: 24 80 88 Fax: 354 507 Telex: 15 164 TN
<b>Dr. Mamadi Conde</b>	Directeur National SMI/PF B.P. 585 MSPP/ Conakry, GUINEE Tel: B- 44 23 26
<b>M Yaya Diakite</b>	AMPPF B.P. 105 Bamako, MALI Tel: 22 44 94/ 22 26 18
<b>Dr. Doucoure Arkia Diallo</b>	Responsable Nationale de la Composante Population à la Direction Nationale de la Santé Publique (Projet Santé-Population et Hydraulique Rurale) Bamako, MALI
<b>Mme Marieme Diop</b>	Projet Santé Familiale et Population Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale Building Administratif Dakar, SENEGAL
<b>Dr. Evariste Hakizimana</b>	Chef de Service Etudes et Programmes Office National de la Population (ONAPO) B.P. 914 Kigali, RWANDA Tel: (250) 7 4267/ (250) 7 4923
<b>Mme Mariama René Jolly</b>	Ministère de la Santé Publique B.P. 623 Niamey, NIGER Tel: 723307
<b>Dr. Nassira Keddad</b>	Ministère de la Santé Direction de la Prévention ALGERIE Tel: 66 59 65

<b>Dr. Ibrahim Kone</b>	Médecin Inspecteur de la Santé Coordinateur National du Programme de PF B.P. V. 14 Abidjan, COTE D'IVOIRE Tel: 21 22 91
<b>M Adayisso Nyédzy Koudaya</b>	Directeur Exécutif Association Togolaise Pour le Bien-être Familial (ATBEF) B.P. 4056 Lomé, TOGO Tel: 21 41 93
<b>Mme Yvette Koué-Lou-Tié</b>	01 B.P. 5315 Abidjan, COTE D'IVOIRE Tel: 22 41 71 Telex: 23930 23827 CABINC CI
<b>Dr. Gadner Michaud</b>	C/O PROFAMIL 86 Rue du Champ de Mars Port-au-Prince, HAITI, W.I. Tel: 22 5335/ 22 3404
<b>Mme Damaris Mounlom</b>	Ministère de la Santé Publique Yaoundé, CAMEROUN Tel: 23 14 43 Telex: 8565 KN
<b>Dr. Yvonne Njock Nje</b>	Directrice Adjointe de la Promotion Féminine Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine Yaoundé, CAMEROUN Tel: 23 24 47
<b>Dr. Serge Pinto</b>	PROFAMIL 86 Rue de Champ de Mars Port-au-Prince, HAITI Tel: 22 57 83/ 23 90 85 Fax: 23 91 47
<b>Dr. Jean Rirangira</b>	Bureau de Coordination du Programme National de PF Rue de l'Hôpital B.P. 2938 Bujumbura, BURUNDI Tel: 22 2573/ 22 2838 Fax(C/O Projet Santé-Population): 22 7880
<b>Mme Pascaline Sebgo</b>	Direction de la Santé de la Famille B.P. 7247 Ouagadougou, 03 BURKINA FASO Telex: de l'USAID Ouagadougou
<b>Dr. Aboubakry Thiam</b>	Conseiller Technique SMI/PF, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale Building Administratif Dakar, SENEGAL Tel:(221) 21 57 52
<b>Mme Hélène A. Womas</b>	Chef d'Unité Management CEFA/CAFS Bureau Sous-Régional B.P. 80 529 Lomé. TOGO Tel: (228) 21 07 16/21 54 52 Fax: 21 51 40 Telex: 5046 INFED TO
<b>Mme Célestine Youl</b>	Direction Provinciale de la Santé du Bobo-Dioulasso 01 B.P. 1508 Bobo-Dioulasso 01 Telex de l'USAID Ouagadougou

**Facilitateurs et Intervenants**

<b>Prof. LieLie Bula-Bula, Facilitateur</b>	C/O OMS B.P. 1899, Kinshasa, Zaire Tel:(243)12 28937 Telex: 21536 LASCO ZR
<b>Mr. Ralph Stone, Facilitateur</b>	Deputy Director/Training and Development Initiatives CEDPA 1717 Massachusetts Avenue, Suite 202 Washington, D.C. 20036, USA Tel:(202)667-1142 Fax:(202)332-4496 Telex: 440 384 CFPA
<b>Dr. Marcel Reyners (Discours d'Ouverture)</b>	Diakonessenhuis Hoogeveense Weg 38 7943 KC Meppel Pays Bas
<b>Ms. Sylvia Vriesendorp, Responsable du FRAC</b>	Training and Organizational Development Specialist FPMD Management Sciences for Health Newton, MA 02158, USA Tel:(617)527-9202 Fax:(617)965-2208 Telex: 4990154 MSHUI

Annexe 1 (suite)

**Représentantes de l'USAID**

<b>Ms. Leslie Curtin</b>	Agency for International Development (AID) Office of Population/ST/IT Washington, D.C. 20523 Tel:(703)875-4691 Fax:(703)875-4413
<b>Ms. Susan Ross</b>	Agency for International Development Office of Population/ ST/IT Washington, D.C. 20523 Tel:(703)875-4655 Fax:(703)875-4413

**Associations de Bien-être Familial**

<b>Ms. Ellen Dorsch</b>	Planned Parenthood of Northern New England 51 Talcott Road #1 Williston, VT 05495-8116 Tel: (802) 878-7232 Fax: (802) 878-8001
<b>Ms. Merna Friedman</b>	Planned Parenthood of New York City 380 2nd Avenue, 5th Floor New York, NY 10010 Tel: (212) 777-2002 Fax: (212) 598-9722 Telex: 4931221

<b>Ms. Rebecca Shaw</b>	Planned Parenthood of Washington, D.C. 1108 16th Street, N.W. Washington, D.C. 20036 Tel: (202) 347-8500 Fax: (202) 783- 1007
-------------------------	---

**FPMD/MSH - Participants**

<b>FPMD/MSH : Vidéo et Logistique d'Administration</b>	<b>Anne Pfitzer</b> <b>Amanda Caplan</b> <b>Alan Yost</b>
<b>FPMD/MSH: Participants</b>	<b>Peg Hume</b> , Directrice Adjoint <b>Joellen Lambiotte</b> , Chargée de Programme <b>Claire Madden</b> , Chargée de Programme <b>Janice Miller</b> , Chargée de Programme <b>Marc Mitchell</b> , Directeur Adjoint <b>Immy Nieboer</b> , Chargée de Programme <b>Jaime Benavente</b> , Directeur Division Evaluation <b>Sara Seims</b> , Directrice <b>Deirdre Wulf</b> , Spécialiste dans la Publication

**Annexe 1 (suite)**

**Représentants d'Agences d'Exécution des Programmes**

<b>Ms. Maureen Corbett</b>	INTRAH 208 N. Columbia Street Chapel Hill, NC 27514 Tel: (919)966-5636 Fax: (919) 966-6816
<b>Mr. Don Lauro</b>	JSI/SEATS John Snow Inc. 1100 Wilson Blvd, 9th Floor Arlington, VA 22209 Tel:(703) 528-7474
<b>M. Muteba Mwamba</b>	JSI/SEATS John Snow Inc. 1100 Wilson Blvd, 9th Floor Arlington, VA 22209 Tel: (703) 528-7474
<b>Ms. Tammy Smith</b>	AVSC 79 Madison Avenue New York, NY 10016 Tel:(212) 561-8000 Fax:(212)779-9439 Telex: 425604 (AVS-UI) Cable: IAFORVS NEW YORK
<b>Mr. Wayne Stinson</b>	URC 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600 Bethesda, MD 48109-2029 Tel: (301) 654-8338 Fax: (301) 654-5976

<b>Ms. Judith Weinstein</b>	JHPIEGO 550 N. Broadway Baltimore, MD 21205 Tel: (301)955-3951 Fax: (301) 955-6199
-----------------------------	--

**Annexe 2: Facteurs Influant la Qualité des Services**

**Facteur: Accueil**

<b>Ressources Disponibles</b>	<b>Stratégies</b>
<p>1. Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Niveau communautaire et des autres structures sociales:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les agents de santé communautaires et animateurs formés en relations humaines et dans la distribution des contraceptifs ne nécessitant pas de prescription médicale. Ils doivent être empathiques, motivés, expérimentés</li> </ul> </li> <li>• <u>Niveau de poste de centre de santé:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier et sage-femme motivés, expérimentés, empathiques</li> </ul> </li> <li>• <u>Niveau de centre de PMI:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier, sage-femme, aides, assistantes sociales motivés, expérimentés, empathiques</li> </ul> </li> <li>• <u>Niveau hôpital:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistantes sociales, infirmières, sage-femmes et médecins motivés, expérimentés, empathiques</li> </ul> </li> </ul>	<p>1. Accueil passif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne articulation entre IEC et la clinique pour assurer que la cliente a reçu une bonne formation par rapport au lieu, temps et services</li> <li>• Mise en place des numéros d'ordre sous forme de jetons numérotés</li> <li>• Organisation de la salle d'attente pour permettre la continuité des services (salle d'attente - salle de consultations - salle de soins, pharmacie, laboratoire), pour assurer une bonne circulation des clientes</li> <li>• Prévoir les séances d'IEC pendant les périodes d'attente</li> <li>• Recueillir les opinions des clientes sur les prestations des soins de PF pendant l'attente</li> </ul>
<p>2. Ressources Matérielles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement</li> <li>- Mobilier</li> <li>• Supports audio-visuels</li> <li>• Ventilation</li> <li>• Infrastructures</li> <li>• Salle d'attente spacieuse, aérée, très propre, accueillante, distante de la salle de consultation pour assurer l'intimité</li> </ul>	<p>2. Accueil actif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articuler avec l'équipe d'IEC en établissant un calendrier de visite à domicile</li> <li>• Cibler principalement:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les abandons/les perdus de vue</li> <li>- Les réticents</li> <li>- Les cibles à risques</li> <li>- Les accouchées récentes (post-partum)</li> <li>- Les grandes multipares</li> </ul> </li> </ul>

**Facteur: Formation et Recyclage**

Ressources Disponibles	Stratégies
1. Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le personnel de santé</li> <li>• Les étudiants et les élèves des écoles de santé</li> <li>• Les encadreurs</li> <li>• Les enseignants</li> </ul>	1. Formation de base <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer PF dans le curricula de formation des écoles de santé</li> <li>• Créer un noyau de formateurs au niveau national</li> </ul>
2. Ressources matérielles et Financières <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curricula et guides d'évaluation</li> <li>• Matériel didactique</li> <li>• Finances</li> </ul>	2. Formation du personnel de terrain <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentraliser la formation au niveau régional</li> </ul>
3. Assistance technique et financière <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistance technique nationale</li> <li>• Assistance technique internationale</li> </ul>	3. Recycler le personnel déjà formé
	4. Superviser le personnel en cour d'emploi

**Annexe 2 (suite)**

**Facteur: I.E.C.**

Ressources Disponibles	Stratégies
1. Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepteurs</li> <li>• Réalisateurs</li> <li>• Vulgarisateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostique de la situation</li> <li>• Elaboration d'un programme</li> <li>• Elaboration des messages</li> <li>• Identification des supports et des relais de communication</li> <li>• Identification des populations cibles</li> <li>• Prétest des supports</li> <li>• Formation du personnel I.E.C.</li> <li>• Diffusion</li> <li>• Suivi</li> <li>• Evaluation</li> <li>• Expérience</li> </ul>
2. Ressources matérielles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisables par les agents</li> <li>• Utilisables par les clientes</li> </ul>	
3. Ressources Financières <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget autonome                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception</li> <li>- Réalisation</li> <li>- Diffusion</li> <li>- Evaluation</li> </ul> </li> <li>• Provenance                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources externes et internes</li> </ul> </li> </ul>	

**Facteur: Normes et Standards**

Ressources Disponibles	Stratégies

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les structures, tous les organismes professionnels publics et privés</li> <li>• N.B.: Normes = Guide d'orientation. Ne doivent pas être figées; donc possibilité de flexibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débuter avec des normes et standards anciens et existants ailleurs</li> <li>• Les <b>revoir régulièrement</b> et développer ses propres normes et standards</li> <li>• Faire participer tous les niveaux aux exercices</li> <li>• Inclure ces normes et standards dans la formation de base et les sessions de recyclage</li> <li>• Diffusion</li> </ul>
--	---

**Annexe 2 (suite)**

**Facteur: Gestion**

<b>Ressources Disponibles</b>	<b>Stratégies</b>
1. Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation</li> <li>• Organisation des services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéploiement</li> <li>• Description des postes</li> <li>• Supervision</li> <li>• Calendrier</li> <li>• Coordination/évaluation/information</li> <li>• Motivation</li> </ul>
2. Ressources Matériels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système (insuffisance d'approvisionnement et de gestion de stocks)</li> <li>• Formation</li> <li>• Système de gestion du matériel et équipement</li> </ul>
3. Ressources Financières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des ressources internes et externes</li> <li>• Planification et programmation</li> <li>• Système de gestion et de contrôle</li> </ul>

**Facteur: Ressources**

<b>Ressources Disponibles</b>	<b>Stratégies</b>
1. Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticiens médicaux/paramédicaux</li> <li>• ONG</li> <li>• Personnel administratif</li> </ul>	1. Assurer l'accessibilité des populations à un personnel formé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation locale des personnes; adapter la formation au besoin réel et au niveau social de la population</li> </ul>

<p>2. Ressources matérielles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produits contraceptifs et autres</li> <li>• Instrumentation, équipement</li> <li>• Moyens logistiques de supervision et de gestion du programme (véhicules, etc.)</li> </ul>	<p>2. Mise en place d'un système logistique d'approvisionnement aux différents niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rationalisation de l'évaluation des besoins en produits contraceptifs, matériels, etc.</li> <li>• Former le personnel dans la maintenance</li> <li>• Former le personnel dans la gestion de stocks</li> <li>• Rentabiliser et optimiser les ressources existantes</li> </ul>
<p>3. Ressources financières</p>	<p>3. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier en fonction de la planification des besoins et des coûts estimés d'un budget</li> <li>• Conséquent <ul style="list-style-type: none"> <li>- National</li> <li>- Externe</li> </ul> </li> </ul>
	<p>4. Mise en place d'un système logistique de suivi et d'évaluation</p>

### Annexe 3: Variables Principales d'Evaluation de la Qualité des Services

#### Disponibilité et Accessibilité aux Services

Personnes à Associer	Avantages	Inconvénients
Représentants des populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion des populations</li> <li>• Participation à l'exécution des mesures correctrices</li> <li>• Lever les contraintes socio-culturelles et financières et géographiques</li> <li>• Soutien au programme et au personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadéquation entre le désir des populations et les ressources disponibles</li> <li>• Risque de détournement des intérêts de la communauté</li> </ul>
Représentants des entreprises locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion</li> <li>• Participation financière</li> <li>• Structures existantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de coercition sur les travailleurs</li> </ul>
Représentants de l'administration locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion</li> <li>• Soutien</li> <li>• Mobilisation de la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de récupération à des fins politiques</li> </ul>
Représentants des agents de développement (éducation, affaires sociales, ONG, religieux)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien</li> <li>• Mobilisation</li> <li>• Information</li> <li>• Prestations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de débordement des limites de compétences techniques</li> </ul>
Les professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possession de la carte sanitaire</li> <li>• Maîtrise des stratégies</li> <li>• Compétences techniques</li> <li>• Disponibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de médicalisation excessive</li> </ul>

#### Disponibilité du Personnel Qualifié

Personnes à Associer	Avantages	Inconvénients
1. <u>Niveau central</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère</li> <li>• Santé Publique</li> <li>• Plan</li> <li>• Education Nationale</li> <li>• Finances</li> <li>• Santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Division du Personnel</li> <li>• Division SMI/PF</li> <li>• Division Formation</li> <li>• Division Etudes/Plan</li> <li>• Division Enseignement et Formation Professionnelle</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détiennent les bases de données</li> <li>• Sont les décideurs</li> <li>• Diffusent l'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de conflits d'intérêt</li> <li>• Surchargés</li> <li>• Loin de la réalité</li> </ul>
2. <u>Niveau régional</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecteur Régional de Santé</li> <li>• Gestionnaire du Personnel</li> <li>• Chargé de Formation</li> <li>• Coordonnateur ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détiennent bases de données</li> <li>• Plus près prise de décisions</li> <li>• Peuvent influencer positivement les décideurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surchargés</li> <li>• Ne contrôlent pas les moyens financiers</li> </ul>

### Annexe 3 (suite)

#### Disponibilité du Personnel Qualifié (suite)

Personnes à Associer	Avantages	Inconvénients
3. <u>Niveau préfectoral</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur Préfectoral/Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance du terrain</li> <li>• Disposent de plusieurs canaux d'information</li> <li>• Apprécient mieux les besoins du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loin de la prise des décisions</li> <li>• Ne contrôle aucun moyen financier</li> </ul>
4. <u>Niveau clinique</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de Clinique</li> </ul>		

Processus	Avantages	Inconvénients
1. Elaboration de normes et standards 2. Adaptation des normes et standards 3. Création d'une plate-forme pour identifier des besoins de formation 4. Mise en oeuvre du curriculum de formation 5. Supervision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liens de communication entre différents niveaux</li> <li>• Responsabilité partagée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque possible de ressources pour continuer le processus</li> </ul>

Processus	Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacts avec les différents acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidation de la coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûteux</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ateliers de concertation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lourd</li> </ul>

- Evaluations périodiques

### Annexe 3 (suite)

#### Satisfaction des Prestataires

Personnes à Associer	Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prestataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance de leurs problèmes; de leur points de satisfaction;</li> <li>• Valorisation du personnel (prestataires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjectivité:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Large gamme d'indicateurs difficilement mesurables</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeurs techniques et directeurs des programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixent les objectifs</li> <li>• Contribution à l'amélioration des conditions de travail, à la motivation du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-disponibilité</li> <li>• Superficialité (minimise certains indicateurs de fond)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formateurs/Superviseurs</li> <li>• Enseignants des écoles de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance des normes de prestations et profil du personnel</li> <li>• Connaissance des conditions de travail et les difficultés sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche rigide (normative)</li> <li>• Surestimation des besoins à satisfaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalueurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétence en évaluation</li> <li>• Contribution à l'élaboration des instruments de mesures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de valoriser l'approche quantitative/qualitative</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndicats/Délégués du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribution à l'amélioration des conditions de travail, de salaire, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surestimation des besoins à satisfaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psycho-Sociologues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétence au niveau de l'élaboration des échelles d'attitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance à surestimer le coté psychologique comme explication à tout manquement</li> </ul>

Processus	Avantages	Inconvénients
-----------	-----------	---------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des composantes de la satisfaction des prestataires</li> <li>• Identification des personnes ressources</li> <li>• Convocation et organisation d'une réunion de concertation de l'équipe ainsi constituée</li> <li>• Elaboration des indicateurs et critères de mesure</li> <li>• Elaboration des instruments de mesure</li> <li>• Prétest des instruments et correction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des étapes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lourdeur administrative</li> <li>• Temps plus long</li> </ul>
--	--	--

**Annexe 3 (suite)**

**Satisfaction de la Population**

<b>Personnes à Associer</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expression de leur point de vue et leur appréciation sur la prestation des services</li> <li>• Ils se sentent impliqués dans le programme, ce qui augmente leur intérêt</li> <li>• Expression de leurs besoins ressentis et de leurs priorités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjectivité de jugement</li> <li>• Réserve dans l'expression de leurs opinions</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaders d'opinion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils se sentent impliqués dans le programme</li> <li>• Représentent les alliés du programme sur le terrain si l'on arrive à les convaincre</li> <li>• Participent à l'exécution du programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peuvent imposer leur point de vue comme étant celui de la population</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les techniciens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion des activités au cours</li> <li>• Donnent des avis autorisés sur les éléments à prendre en considération dans l'appréciation de la qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance à privilégier les aspects techniques de la PF</li> <li>• Tendance à l'auto-satisfaction</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ressources (sociologues, experts en évaluation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentent valorisés</li> <li>• Apportent un degré d'objectivité, d'expertise, de compétence</li> <li>• Expliquent la nombre de points de vue des uns et des autres</li> <li>• Aident à intégrer les divergences</li> <li>• Expliquent le système de valeur sous-jacent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût élevé de leur expertise</li> </ul>

<b>Processus</b>	<b>Avantages</b>	<b>INCONVENIENTS</b>
------------------	------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de contact avec un nombre de personnes</li> <li>• Préparation des instruments</li> <li>• Entretien libre</li> <li>• Focus-groupe</li> <li>• Réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête participative</li> </ul>	
--	---	--

Annexe 3 (suite)

Respect des Normes et Standards

Personnes à Associer	Avantages	Inconvénients
<u>Niveau central:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertise national</li> <li>- DPF</li> <li>- Inspection: sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalité locale</li> <li>• Moins coûteux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'objectivité</li> </ul>
<u>Niveau provincial:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable PF</li> <li>• Superviseur</li> <li>• Représentant des Associations Professionnelles et populaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliqué, disponible, bien informé</li> <li>• Impliqué, disponible, bien informé</li> <li>• Volontaire bénévole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de contact direct</li> <li>• Manque d'objectivité</li> <li>• Indisponibilité, information non fiable</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable Santé</li> <li>• Superviseur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision réelle des choses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limité au niveau district</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires (Médecins, techniciens, sage-femmes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision réelle</li> <li>• Expérience de terrain</li> <li>• Information de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile à mobiliser et à sélectionner</li> </ul>

Processus	Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision globale</li> <li>• Autorité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûteux</li> <li>• Lourd</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau intermédiaire <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place</li> <li>- Instruments</li> <li>- Formation du personnel</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information régulière et standardisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas toujours fiable</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau clients <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondage</li> <li>- Enquête qualité</li> <li>- Registre de doléances</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentatif</li> <li>• Très informatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûteux</li> <li>• Difficile</li> </ul>

**Annexe 4**  
**Schéma d'Analyse des Indicateurs pour Mesurer la Qualité des Services PF**

<b>Dimension</b>	<b>Composant</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicateur</b>
Système de Service	Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût de l'accès</li> <li>• Frais</li> <li>• Horaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps passé, moyen de transport, coût du transport, distance</li> <li>• Montant payé</li> <li>• Jour/semaine et heures/jour que les services de PF sont disponibles</li> </ul>
	Approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement</li> <li>• Méthodes qui devraient être en stock et qui le sont réellement</li> <li>• Tables gynécologiques par client par jour</li> </ul>
	Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygiène</li> <li>• Salles de Consultations</li> <li>• Services de base</li> <li>• Espace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel se lave les mains entre consultations</li> <li>• Privées, cachées, publiques</li> <li>• Eau courante (à l'intérieur, autre), l'électricité, toilettes</li> <li>• Circulation des clientes à travers le système, dimension de la salle d'attente par rapport au nombre de clientes, places assises.</li> </ul>
	Personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre des prestataires par cliente par jour</li> </ul>
	Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre</li> <li>• Données statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système en place et accessibilité</li> <li>• Nouvelles acceptrices par méthode</li> <li>• Changements des taux d'acceptation</li> </ul>

Efficacité des prestataires	Compétence technique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnèse, examen, traitement et suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age, tension artérielle, cliente fume? traitement conseillé, suivi de protocole clinique pour contraception</li> </ul>
	Compétence en gestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation du circuit des clientes</li> <li>Gestion du système</li> <li>Responsabilités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps passé en salle d'attente (et différence entre visite première et visite de réapprovisionnement)</li> <li>Utilisation du temps passé en salle d'attente (causeries)</li> <li>Descriptions de poste, évaluation des performances</li> <li>Satisfaction aux normes et standards de performance</li> </ul>
	Attitudes envers le clientèle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilité aux réalités des différents groupes culturels, ethniques et des sexes différents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportement (du personnel) affectif, respectueux et serviable Services cliniques</li> </ul>

**Annexe 4 (suite)**

**Schéma d'Analyses des Indicateurs pour Mesurer la Qualité des Services PF (Suite)**

Dimension	Composant	Variable	Indicateur
Qualité comme perçue par les clientes	Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informations pertinentes reçues</li> <li>Qui fait la décision (cliente ou personnel)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel fournit des conseils et répond aux soucis des clientes</li> <li>Nombre de méthodes expliquées</li> <li>Motivation de la sélection</li> </ul>
	Relations cliente-prestataire		<ul style="list-style-type: none"> <li>Affectives, respectueuses et serviables</li> </ul>
Qualité comme perçue par les clientes	Résultat de la visite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services reçus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthode ou ordonnance pour méthode reçue</li> <li>Prochain rendez-vous fait</li> <li>Cliente référée à un autre établissement pour services.</li> </ul>

## **Annexe 5: Plans d'Action**

### **Algérie - I**

Situation actuelle: Le counseling est laissé, au niveau de consultation de PF, à l'initiative de chaque prestataire - Aussi l'activité menée dépend de la motivation et de la disponibilité de chaque prestataire. L'information donnée, le déroulement de l'entretien ne sont pas standardisés, pourtant le programme Algérien insiste sur le principe de libre choix et de libre adhésion à la contraception. L'activité d'information est un élément fondamental du programme de PF, dans cette conception se base.

But: Systémiser le counseling au niveau de la consultation de PF et en homogénéiser le contenu.

Actions à mener:

Définition des normes et standards en matière de counseling: Pour le PF en général; par méthode choisie (éventail des méthodes affiliées)

Elaborer des supports

Identifier le personnel chargé de cette activité (notamment en impliquant l'association locale pour éviter la surcharge des prestataires et également l'ouverture de nouveaux postes budgétaires)

Formation de personnel

Opération - test dans quelques structures

Mise en place d'un système d'évaluation de la qualité du counseling (Supervision)

### **Algérie II**

Situation actuelle: existence d'équipes responsables de la gestion du programme de PF, au niveau du Province (village)- l'équipe est composée d'un médecin et d'une sage-femme. Ils sont domiciliés au niveau de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale du Village. L'équipe est chargée du suivi et de la supervision des activités PF, de la coordination du programme et de son évaluation. Il existe actuellement un système de suivi des activités (au plan qualitatif) mais il n'existe pas un système d'évaluation des compétences des personnels.

But: Mettre en place un système d'évaluation des performances des responsables du programme de PF. Au niveau du village: 3 niveaux: Equipe/Responsable; Directeur de la Sécurité et de la Protection Sociale; Ministre de la Santé.

Actions à mener:

Définition de critères: Recherche documentaires; Mise en place d'un groupe technique.

Elaboration des supports

Organisation de rencontres régionales pour étudier les supports

Opération -test au niveau de 2-3 pointes et révision éventuelle des supports.

Généralisation des supports et organisation de l'évaluation des 3 niveaux identifiés

(arriver à un système d'évaluation périodique.

### **Burkina Faso**

Situation Actuelle: Les prestataires de PF sont assurés dans les formations sanitaires depuis Février 1985. Des procédures techniques ont été décrites et servent d'outils d'évaluation de l'infection dans les centres de PF et de ce fait, l'audit de la stérilisation du matériel et de la propreté des locaux n'est pas exécutée alors que le contexte épidémiologies actuel exige un bon contrôle de l'infection au cours de prestation.

**Conséquence actuelle:** L'utilisation d'un matériel souillé expose les prestataires et les clients à des infections (SIDA et autres).  
**But:** Elaborer et introduire un outil d'évaluation du contrôle des infections dans les centres de PF au Burkina Faso.

Actions à mener:

- Organiser une réunion avec un échantillon de prestataires pour déterminer les critères à évaluer.
- Elaborer la Fiche d'audit
- Tester la Fiche sur le terrain
- Finaliser la Fiche
- Mettre la Fiche à la disposition des agents sur le terrain.
- Suivre et évaluer son utilisation effective
- Procéder à des révisions régulières selon le contexte et selon des résultats des audits.

## Burundi

Situation actuelle:

Actuellement, le niveau publique (les centres de santé offrent les méthodes hormonales injectables, orales, les méthodes de barrière comme les préservatifs, les MAO (méthodes d'auto-observation).

Des études récentes maintiennent une demande exprimée pour le dispositif intra-utérin par la clientèle bien qu'une demande par le personnel prestataire pour répondre à cette demande.

La méthode est déjà disponible au niveau de la référence (Hôpitaux) avec un personnel formé.

Dans le but d'améliorer la qualité des services, le service de pose du DIU sera introduit au niveau des centres de santé de la Province sanitaire de la formation récente du personnel de référence a fait passer la proportion de la place occupée par le DIU de 5% à 15%.

**But:** Ajouter une méthode contraceptive à l'éventail de méthodes de planification utilisées au niveau publique sur une base pilote au niveau d'une province sanitaire.

Actions à mener:

Réunions d'information et de discussion sur l'opportunité de rendre disponible le stérilet (DIU) du niveau des centres de santé.

**Responsable:** Programme National de Planification Familiale

**Personnes à Informer:** Responsables du Ministre de la Santé Publique

Etablir des protocoles pour la pose du DIU; Il s'agit d'établir ces protocoles avec les formateurs qui seront un élément important de la formation.

Entreprendre des activités de formation en pose de DIU qui comprendront également des éléments de Counseling: Responsables du Programme; Formateurs; Superviseurs.

Compléter les grilles de supervision tenant compte de l'introduction nouvelle du DIU.

Adapter le système d'approvisionnement en rapport avec ces activités.

## Cameroun

Situation actuelle:

• Existence d'une volonté politique d'améliorer la qualité des services qui s'est traduite par l'élaboration des normes et standards des services; Existence de certains services de PF; Inexistence de programme structuré de formation en PF dans les institutions de formation des personnels socio-sanitaires; Insuffisance d'équipement spécifique; Insuffisance du personnel formé; Existence d'un système de recouvrement de coût; Absence d'un système fiable de suivi; Absence d'indicateurs de qualité pour une évaluation d'impact

**But:** Introduction/utilisation des normes et standards dans les services de PF dans deux centres test: La PMI Centrale; La Maison de la Femme de Tsinga

Actions à Mener:

**Objectifs:** Sensibiliser le personnel des deux centres sur l'importance de l'utilisation des normes et standards dans la prestation de services de PF.

**Stratégies:** Séminaires-atelier de 20 participants courant 2 domaines de la PF; Gestion + IEC + Suivi; Prestation des services de suivi

**Activités:** Elaboration des documents de l'atelier; Soumission de ces documents aux bailleurs par l'intermédiaire de nos départements ministériels; Organisation et animation des ateliers; Elaboration des instruments de mesurer la qualité des services; Test et révision des instruments; Suivi du personnel formé; Evaluation des services; Rapport au MSP en vue de la Généralisation de l'utilisation des normes et standards.

**Cibles:** Personnels des deux centres impliqués dans la PF: IEC, Services

Calendrier: Objectifs avant mars 1992

## Côte d'Ivoire

Situation Actuelle: Client trop souvent mal accueilli dans les services: Manque d'attention du personnel; Pas de mots aimables, agressivité du personnel; Attente trop longue; Client refoulé pour cause de "retard;" Non respect de la personnalité du client. D'où abandon précoce de la fréquentation des services par les clients.

But: Améliorer l'accueil du client dans les centres de prestation.

**Avantages attendus:** Meilleure ambiance de travail du personnel et motivation plus forte; Cliente plus aimable et satisfaite; Augmentation du taux de fréquentation des centres.

**Identification des facteurs défavorables:** Méconnaissance des règles de fonctionnement du service par le personnel; Manque de conscience professionnelle; Non existence des normes et protocoles; Manque de supervision; Manque d'évaluation.

**Facteurs favorables:** Etablissement des normes et standards; Application effective de ces normes et standards; Mise en place d'un processus d'évaluation continue du personnel; Mise en place d'un système d'évaluation des services.

### Actions à mener:

Etude de la situation - 1er au 19 octobre;

• **Responsable:** Responsable de l'évaluation; **Personne à informer:** Coordonnateur National de la planification familiale.

Transmettre aux personnels l'étude de la situation actuelle - 18 novembre;

• **Responsable:** Coordonnateur National de la Planification familiale; **Personne à informer:** Ministère de la Santé.

Discussion avec les personnels pour obtenir avis et suggestions - 25-28 novembre;

• **Responsable:** Coordonnateur National; **Personne à informer:** Ministère de la Santé.

Constitution d'un comité d'élaboration des normes - 9 décembre;

• **Responsable:** Coordonnateur National; **Personne à informer:** Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé Communautaire.

Elaboration des documents des normes et standards - 10 décembre 1991 au 13 janvier 1992;

• **Responsable:** Coordonnateur National; **Personne à informer:** Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé Communautaire

Formation des Personnels en Technologie de la contraception et d'IEC - 3 sessions annuelles de chaque sujet

• **Responsable:** Formateur SEATS; **Personne à informer:** Coordonnateur National

Evaluation des Personnels - décembre 1992

• **Responsable:** Responsable des activités cliniques au niveau du Bureau de coordination PF; **Personne à informer:** Coordonnateur National

## Guinée Conakry

Institution: Association Guinéenne pour le Bien-être Familial (AGBEF)

Situation Actuelle: A l'AGBEF, le personnel a la connaissance d'un seul audit qui est non seulement exténué, mais porte sur les finances. Il existe également un système d'évaluation annuelle des performances des travailleurs permettant d'identifier les besoins en formation sans autant mettre l'accent sur la qualité des services.

But: Instaurer un système permettant le contrôle régulier de la qualité des services

### **Stratégies:**

- Elaboration des normes/standards de services par l'organisation d'ateliers de concentration des personnels (prestataires, superviseurs, gestionnaires de programmes/administrateurs);
- Elaboration des outils d'auto-évaluation/audit;
- Mise en oeuvre
- Evaluation

Actions à mener: Réunion d'information/sensibilisation sur la qualité des services; Ateliers d'élaboration des normes et des standards; Ateliers d'élaboration des outils, choix de critères, confection des outils; Test; Impression des outils, finalisation des outils; Evaluation exténué.

Calendrier: six mois

- 1<sup>er</sup> trimestre: Réunion d'informations
- Fin du 1<sup>er</sup> trimestre: Atelier élaboration/normes, standards
- 2<sup>em</sup> trimestre: Atelier élaboration outils
- 3<sup>em</sup> trimestre: Evaluation

## Haiti

Situation actuelle: Les normes et procédures existent mais la majorité du personnel qui travaille dans les cliniques ignore cet instrument nécessaire à la prestation de soins de PF de qualité.

But: Amélioration de la prestation des services de PF par la vulgarisation de normes techniques réalistes.

Actions à mener: Ces activités sont de 2 types:

**Révision et impression des normes et procédures:**

- Constitution d'une équipe multidisciplinaire pour la révision des normes.
- Révision et adaptation des normes
- Soumission du draft aux directeurs départementaux du Ministère de la Santé et aux principales organisations privées de PF.
- Correction et mise au point de l'épreuve finale.
- Impression du manuel révisé.

**Diffusion des normes et procédures:**

- Organisation des journées de travail pour les responsables départementaux pour sensibiliser à l'importance des normes comme facteurs pour l'amélioration des services PF
- Organisation par les services départementaux de journées de travail à l'intention du personnel et terrain pour la diffusion des normes.
- Visites de supervision pour s'assurer de l'application de ces normes.
- Révision périodique des normes.

## Mali I (M Diakite)

Situation Actuelle: L'association vient de changer de site ce qui implique une information claire de la clientèle sur le nouvel emplacement de la clinique; Les chargées de fichiers (trois) sont regroupées dans la même salle; Les causeries sont données généralement en groupe; Les examens sont faits avec moins de confiance.

But: Orientation de la clientèle et amélioration de l'accueil.

Actions à mener:

- Placer à travers la ville et à différents points stratégiques des plaques pour orienter la clientèle.
- Nommer une responsable à l'orientation de la clientèle pour un choix éclairci des méthodes. En effet, le nouveau client avant d'opter pour une méthode doit recevoir toutes les informations nécessaires pour un choix éclairci. Elle doit également expliquer toutes les procédures à suivre pour recevoir les services.
- Renforcer le counseling avant et pendant les services. Pour cela il faut effectuer un agent IEC au counseling. Insister sur le counseling pendant les prestations de services.
- Réorganiser la consultation (1ère visite ou visites de contrôle).

## Mali II (Dr. Doucouré Arkia Diallo)

Situation actuelle: La qualité des services devient un sujet d'actualité mais malheureusement beaucoup de responsables ignorent encore les éléments de son appréciation et de son amélioration.

But: Sensibiliser les responsables sur l'importance de la qualité des services.

**Stratégie:** diffusion des résultats de la réunion du FRAC sur la qualité des services de PF.

Actions à mener:

- Relecture des normes et procédures disponibles
- Elaboration d'un rapport de la réunion du FRAC ( en mentionnant le déroulement, le contenu; faire des comparaisons sur ce qui existe et ce dont on a discuté à la réunion; faire des propositions.
- Envoi des copies des rapports au Ministre de la Santé, à la Direction Nationale de la Santé à l'USAID, à l'Association Malienne pour la protection et la promotion du Mali, le Projet Santé-population-Hydraulique Rurale, à la Direction Régionale du district de Bamako.
- Prise de contrat et discussions avec le Direction nationale en vue d'organiser un atelier sur la qualité des services dans le district de Bamako ou avec la démocratie, on rencontre des cas de plaintes des clients sur la qualité des services

## Niger

Situation actuelle: Mauvaise gestion des contraceptifs au magasin régional;

- Les contraceptifs sont mal stockés;
- Registre de gestion mal tenu;
- Mauvaises conditions de stockage;
- Ruptures fréquentes en contraceptifs;

But: Obtenir un système cohérent de gestion de contraceptifs au niveau régional.

Actions à mener:

- Elaborer un outil d'audit du système;
- Former le personnel;
- Elaborer des outils de gestion (registre - fiches);
- Aménager le magasin régional;
- Elaborer des normes de stockage;
- Restaurer un système de commande de contraceptifs;
- Définir un stock de sécurité;
- Assurer la logistique pour le ravitaillement.

## Maroc

### 1<sup>er</sup> Cas: Relance des activités concernant la LT et le DIU

Situation actuelle: L'analyse des résultats de l'étude sur le "système d'orientation - recours" ou circuit des clientes voulant bénéficier de la Ligature Tubaire (LT) ou du DIU a révélé un certain nombre de contraintes qui aboutissent au découragement et à l'abandon des clientes vis à vis de la méthode souhaitée. Parmi ces entraves on peut citer principalement:

- L'existence de plusieurs relais et passages inutiles pour les acceptrices de ces méthodes.
- La prescription d'un certain nombre d'exams para cliniques qui ne sont pas toujours justifiés.
- Problèmes liés à la disponibilité du personnel formés (mutations, tâches et activités d'urgence surtout pour les gynécologues et les anesthésistes).

But: Améliorer l'accessibilité et augmenter l'acceptabilité des clients vis à vis de la ligature tubaire (LT) et du dispositif intra-utérin (DIU) en réduisant au minimum les contraintes et les relais du circuit des clientes tout en améliorant les conditions d'accueil.

Actions à mener: Réorganisation des services avec décentralisation des attributions et des tâches pour rapprocher certains services des clientes.

- Information sur les indications et les conditions de prise en charge de clients (conditions d'éligibilité, Fiche de Consentement; Counseling pour le LT; Examen médical, Examens para-médicaux
- Formation du personnel impliqué aussi bien dans les techniques de PF que dans l'IEC/counseling en matière (il serait souhaitable d'ouvrir une 2<sup>ème</sup> équipe surtout pour le LT) ce qui contribuera à lutter contre la désinformation et les rumeurs négatives en planification familiale.

### 2<sup>em</sup> Cas : Counseling en PF

Situation actuelle: L'IEC/Counseling en PF constituent un volet ou facteur déterminant dans la qualité des prestataires des services en matière de planification familiale. L'Analyse de la situation montre que la majorité des prestataires de services (médicaux et para-médicaux) n'appliquent pas les étapes et règles du counseling dans leurs activités quotidiennes. Il en résulte plusieurs conséquences néfastes aussi bien pour la population cible que pour l'image de manque du programme et activités de PF. A titre d'exemples on peut citer: L'abandon de telle ou telle méthode contraceptive au moindre signe d'alarme, même si ce dernier est sensé être transitive; L'insuffisance d'information donnée à une acceptrice engendre une mauvaise utilisation de la méthode adoptée avec toutes les conséquences qui peuvent en arriver (échec, effets secondaires, rumeurs négatives...).

But: Permettre aux prestataires des services de PF de maîtriser et d'appliquer les différentes étapes du counseling dans leurs activités quotidiennes.

Actions à mener: Elaboration de Fiches techniques relatives au: Counseling en matière de PF en général, Counseling en matière de DIU, de LT et de pilule. Formation théorique et pratique du personnel dans les domaines de l'IEC en général (Curriculum de Formation en Communication inter-personnel/FP est déjà finalisé et disponible) et de counseling en particulier.

## Rwanda

Institution: Ministère de la Santé; Office National de la Population (ONAPO)

Situation actuelle: Les standards de Supervision et Services SMI/PF ont été élaborés par le Minisanté et ONAPO (projet santé familial). Les standards ne sont pas encore mis formellement en application dans l'ensemble du système de santé.

- Les équipes de supervisions de SMI/PF ne disposent pas d'un instrument pertinent pour évaluer la qualité du service et soutenir efficacement la formation continue du personnel de santé en SMI/PF.
- L'audit de la qualité des services apparait comme un outil puissant pour parer à cette lacune (en plus des normes et standards de service)

But: Instaurer un audit sur l'application des normes et standards des services PF dans le système de santé au Rwanda.

**Objectifs des institutions:**

- Minisanté: Organisation de l'office des services de PF (SMI/PF)
- ONAPO: Etudier le processus d'intégration des services de PF dans les SSP et proposer les meilleures méthodes de cette intégration.

Actions à mener:

- Finaliser et diffuser les standards élaborés au niveau du système de santé;
- Elaborer les critères pour l'audit de la qualité des services;
- Former les superviseurs SMI/PF sur l'utilisation et l'évaluation des standards et normes des services;
- Recycler et superviser (les structures et personnels et structures de santé) sur base des standards et normes arrêtés;
- Elaborer les instruments d'audit.
- Instaurer un audit (trimestriel ou moins) des services pour les superviseurs; évaluation des agents et des services sur base des normes et standards.

## Sénégal

Situation actuelle: Taux d'abandon élevé pour la pilule après un mois d'utilisation.

- 25% de femmes ayant été sous pilule abandonnent au bout d'un mois.
- Les raisons de cet abandon semblent être liées au manque d'information sur les effets secondaires de la contraception hormonale.
- Les conséquences qui en découlent affectent d'abord la continuité et donc l'efficacité du programme de PF.
- Prévalence contraceptive basse.

But: Le PNPF se fixe comme but : Réduire le taux d'abandon des clientes/pilules de 25% à 15% d'ici un an.

Actions à mener:

**Counseling:**

- Formation de prestataires
- Elaboration de protocole de counseling
- Elaboration d'instrument pour effectuer l'audit de l'activité "counseling."

**IEC/Mass-Media:**

- Informer les groupes cibles sur les effets secondaires; Formation des prestataires IEC.
- Proposer des supports audio-visuels sur les effets secondaires

**Suivi des abandons:**

- Impliquer les animatrices/auxiliaires dans la recherche des abandons par des visites à domicile.

**Amélioration du SIS:**

- Fiches ou dossiers médicaux; Amélioration classement.
- Replissage et exploitation des fiches
- Analyse systématique et régulier
- Diffusion de l'information statistique au niveau personnel clinique, IEC, supervision.

**Motivation du personnel autour de l'atteinte de l'objectif en:**

- Améliorant le cadre de travail;
- Développant la communication inter-activité et échange d'information.

**Etude et recherche opérationnelle**

**Audit:**

- Utilisation d'outils; Diffusion des résultats et applications des recommandation après retro-information.

## Togo I

Institution: Ministère de la Santé; Programme National de Planification Familiale, niveau central

Situation Actuelle:

Manque de supervision technique des prestataires. La supervision est un élément essentiel de la qualité des services et qui contribue aussi à l'amélioration des compétences des prestataires.

Jusqu'à présent, la supervision qui se fait est purement administrative et sans support élaboré.

Il n'existe pas de supervision technique ni de support élaboré permettant d'évaluer le travail des prestataires, de déceler leurs besoins et lacunes et de les combler en vue d'améliorer la qualité de leurs services. Conséquences:

- Chaque supervision improvisée à sa manière
- La supervision est plutôt un contrôle policier qui laisse le prestataire indifférent.
- Le prestataire tombe vite dans la routine, et
- La qualité des services s'en ressent.

But:

**Général:**

- Améliorer la qualité des services de Planification familiale intégrés aux SMI.
- Contribuer à l'amélioration des compétences des prestataires des services SMI/PF.

**Spécifiques:**

- Rendre disponibles des outils fiables de supervision technique des prestataires des services SMI/PF à tous les niveaux.

**Situation désirée:**

• Il est indispensable que des **supervisions techniques** régulières des prestataires SMI/PF soient faites à partir d'**outils fiables** pour évaluer leur travail, déceler leurs besoins et insuffisances et les combler soit par information/formation - recyclage, soit par encadrement sur le terrain, en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations.

**Avantages attendus pour les prestataires:**

- Mise à jour régulière des connaissances techniques.
- Amélioration des compétences des prestataires.
- Formation/recyclage/information en rapport avec les problèmes relevés lors des supervisions techniques.

**Pour les collègues:**

- Harmonisation de la supervision administrative et technique faite par les superviseurs à différents échelons à partir d'outils standards élaborés.

**Pour les leaders et responsables de programme:**

- Une telle supervision permet une vue sur la situation du niveau de performance des prestataires de services, aussi que du niveau de la qualité des services.
- Les résultats de cette supervision constitueront des preuves pertinentes et une force de décision auprès des autorités administratives et politiques.

Actions à Mener:

- Elaborer le concept (la philosophie) de la supervision technique en PF intégrée aux SMI.
- Faire une auto-évaluation des activités par les personnes responsables des différents niveaux en matière de PF intégrée.
- A partir des résultats de l'auto-évaluation, établir la liste de toutes les tâches exécutées en PF.
- Confectionner une fiche (protocole)/ un canevas de supervision technique à partir des fiches techniques d'activités, des prestations standardisées (exemple: gestes-critères d'appréciations, observation).
- Elaborer un guide d'utilisation de la Fiche (canevas, ou protocole) de supervision technique de PF.
- Elaborer des curricula de formation en supervision technique de PF - pour la formation des formateurs; pour la formation des superviseurs à différents niveaux
- Formation: des formateurs; des superviseurs; des responsables des différents niveaux.
- Information des prestataires
- Mise en place d'un système décentralisé de supervision: Décentralisation des formations des outils de supervision
- Suivi des participants sur le terrain
- Evaluation et amélioration des outils de supervision ainsi utilisés.

**Participants:**

- **Niveau central:** Directeur de la Division de la Mère et de l'Enfant; Responsable du Département de la PF; Bailleur de fonds/Intervenants en PF; **Niveau régional:** Superviseurs Régionaux de SMI/PF; Superviseurs à différents niveaux.
- **Niveau local:** Sages-Femmes et Infirmières Responsables des PMI et des postes de santé; Tous prestataires de SMI/PF

Calendrier: 2 ans; Début - Janvier 1992; Fin - Décembre 1994

## Togo II

Institution: Association Togolaise pour le Bien-être Familial (ATBEF)

Situation Actuelle: Absence d'instruments fiables d'évaluation des performances du personnel de l'Association.

En fait la fiche d'évaluation actuellement utilisée est unique pour tous les postes avec les mêmes critères d'appréciation pour tous ces agents.

Pour rendre l'évaluation des performances du personnel objective avec la participation de l'agent évalué et éviter les frustrations, il s'avère nécessaire de concevoir un autre outil d'évaluation.

But: Rendre disponibles des instruments fiables d'évaluation des performances du personnel de l'Association à tous les niveaux.

Actions à Mener:

Analyses des tâches à accomplir par agent; Décrire les compétences requises pour chaque niveau de travail et les compétences réelles des agents; Elaborer les instruments d'évaluation (échelle d'appréciation)

- Ressources disponibles: Directeur Exécutif, Chef des Programmes et des financières

Tester les instruments d'évaluation; Réviser les instruments; Informer le personnel de l'existence des instruments;

- Ressources disponibles: Directeur Exécutif, Chef des Programmes, Financières et Personnel

Calendrier:

Octobre 1991- pour l'analyse des tâches, descriptions des compétences et pour élaborer les instruments d'évaluation.  
Novembre 1991- pour tester, réviser et informer le personnel de l'existence des instruments d'évaluation.

**Tunisie**

Situation actuelle:

- Disponibilité de nombreuses méthodes contraceptives
- Application de normes différentes selon les médecins et les régions
- Le personnel en formation ne travaille pas avec les mêmes normes enseignées sur les lieux de stages.

But: Fixer les normes techniques pour chaque méthode de PF par:

- Standardiser l'activité
- Adapter la formation sur normes fixées.
- Faciliter l'action des superviseurs
- Permettre une meilleure évolution de la profile des services.

Actions à Mener:

- Recueillir toutes les normes déjà utilisées (y compris celles de la clinique Margaret Sanger).
- Nommer un comité d'experts
- Appliquer des normes
- Révision périodiques de ces normes.

**Annexe 6: Evaluation**

1 = désaccord total  
2 = désaccord  
3 = accord  
4 = accord total

1. Dans l'ensemble les objectifs de la conférence ont été atteints.

Distribution: 1 - 0; 2 - 0; 3 - 18; 4 - 9

2. Les informations et idées reçues pendant la conférence sont applicables pour l'amélioration de la qualité des services.

Distribution: 1 - 0; 2 - 0; 3 - 18; 4 - 9

3. La visite sur le terrain était utile.

Distribution: 1 - 0; 2 - 0; 3 - 3; 4 - 24

4. La méthodologie utilisée était pertinente.

Distribution: 1 - 0; 2 - 0; 3 - 16; 4 - 11

5. L'organisation de l'atelier était satisfaisante.

Distribution: 1 - 0; 2 - 1; 3 - 21; 4 - 5

Commentaires:

**1. Ce qui m'a beaucoup plu:**

- visite sur le terrain
- la préparation des visites et les mises en commun après les visites
- qualité des débats
- facilitateurs efficaces
- logement et lieu de la conférence
- accueil
- outils d'analyse (champ de force)
- ambiance de travail
- documentation distribuée
- motivation des participants
- attention accordée aux participant membres
- travaux de groupe
- comptes rendus des travaux
- partage avec les autres personnes de ressource (membres du FRAC)
- échange d'expériences avec les responsables des centres visités

**2. Ce qui ne m'a pas plu:**

- insuffisance de temps pour les tables rondes sur les outils
- paternalisme à propos de la distribution des billets d'avion
- répartition des participants pour les visites
- séparation après chaque séance des participants et facilitateurs
- changements fréquents et per diem
- manque d'évaluation après chaque séance
- trop de déplacements à faire à pied
- absence des présentations formelles des programmes nationaux
- libération tôt des chambres d'hôtel
- mauvais logement à New York

**Annexe 7**

**Programme de Travail**

<b>IV-ième réunion du Comité Consultatif Régional Francophone Boston, août 12-22 1991</b>		
Lundi 12	8:30 - 9:00 9:00  12:30 - 13:30 1:30 14:30  16:30	Arrivée Ouverture Introduction Administration Pause café Reconnaisances et rencontres Déjeuner Formalités à la banque Discours d'ouverture Pause café Film Fin

Mardi 13	9:00  12:30 - 14:00 14:00  16:45	La Qualité: le présent Pause café La qualité: le futur Déjeuner suite Tables rondes Pause café suite Fin
Mercredi 14	9:00 12:30 13:30  16:45 19:00 - 21:00	Simulation: une journée à Pandora Déjeuner Continuation de la simulation Pause café Discussions Fin Dîner chez Marc Mitchell
Jeudi 15	9:00  12:30 13:30  16:30	Où en sommes nous? Mesurer la qualité: le processus Pause café Rapports et discussions Déjeuner Schémas d'analyse de la qualité Pause café Continuation Fin
Vendredi 16	9:00  12:00 15:00 - 18:30	Outils d'analyse Pause café Préparation visites Après-midi libre Départ (suivant destination)

Annexe 7 (suite)

Programme de Travail (suite)

<b>Samedi 17 - Mardi 20: voir programmes individuels de New York, Burlington, Washington</b>		
Mercredi 21	9:00  12:30 - 13:30 13:30 16:00 17:00 - 20:00	Mise en commun des observations Présentations en plénière Pause café Plans d'action Déjeuner suite Fin Dîner "potluck" à MSH/Brandegee
Jeudi 22	9:00  12:00 - 13:30 16:00	Visions du FRAC et futures réunions Pause café Evaluation Déjeuner de clôture Fin

## **Annexe 8: Documents Ressources Distribués**

Bruce, Judith. *Eléments Fondamentaux de la Qualité des Soins: Un Schéma Simple*.  
New York: Population Council, 1990.

Simmons, Ruth. *Méthodologie de l'Etude des Interactions avec les Clientes*.  
New York: Population Council, 1991.

Dwyer, Joseph and Jeanne Haws, Mofoluke Babawale and Frances Way. *COPE: Technique d'Evaluation Personnele en vue d' Améliorer les Services de Planning Familial*.  
New York: AVSC, 1991.

Reyners, Dr. Marcel. *La Qualité de nos Soins: Aspects et Réflexions Théoriques*. Discours d'Ouverture présenté à la quatrième Réunion du Comité Consultatif Régional Francophone.  
Boston: FRAC, 1991.

*Simulation du Programme de Planification Familiale de Pandora: Manuel d'Instruction à l'Intention du Participant.* Boston: Projet FPMT/FPMD, Management Sciences for Health, 1991.

Jones, Angenett. *L'Amélioration de la Qualité du Service dans les Industries de Service.* Vision/Action: Journal of the Bay Area OD Network. Vol. 10, No. 1. March 1991. pp 12-16

Donabedian. *Comment Améliorer la Qualité des Soins?* Journal of the American Medical Association. Septembre, 1988.

Coeytaux, Francine. *Le Quarantième Jour de la Mère et de l'Enfant: Le Programme Postpartum de Sfax, Tunisie.* New York: Population Council.

Calla, Cynthia. *La Qualité des Soins dans les Services de Planning Familial: Implications pour les Programmes de l'Office de la Population et de la Division des Services de Planning Familial.* Washington: USAID Population Office, 1991.